

がん対策推進協議会会長 垣添忠生様

委員 柏木哲夫

緩和ケアに関する部分のみの意見ですが、よろしくお願ひ申し上げます。

今後効果的に緩和ケアを進めていく上で、緩和ケアが達成されているかどうかを見るための指標の作成が重要である。

●現在開発中のものとしては、以下のようなものがある

1) Quality Indicator = 患者自身の評価と一致しない可能性が高いが簡便

例えばハーバードのグループが診療録やデータベースから抽出できる可能性の在るQ Iを作成し実測を始めたところであるが、緩和ケアの主たる評価対象で在るコミュニケーションや苦痛緩和については評価できない可能性が高いと結論付けられている。

2) 遺族調査 = 患者自身の評価と一致しない可能性が高いが方法的には比較的容易

例えば、Teno が米国で行った遺族調査 (Toolkit と呼ばれる尺度を用いた)。米国では地域の死亡小票から対象を抽出することができる (がん登録と同じようにわが国では法律が整備されていないので地域のがん患者を特定することが不可能)。

3) 患者調査 = 患者自身の評価についてどのようにすればいいのか方法論がまだ確立していない

例えば、Tulsky のVAグループや韓国のグループが患者自身が評価できる緩和ケアの評価尺度 (QUAL-E) を開発したが、開発までであり、評価方法としては実測されていない。

●国内の状況は以下の通りである

1) Q I

昨年から組織された科研：祖父江班のなかに「緩和ケアのQ Iを作成する」という目的の小グループがあり、2007年度中に病院を単位としたQ Iを作成し、2008年に実測して測定が可能であるかを判断する予定となっている。一部は実測が終了した。

2) 遺族調査

ホスピス緩和ケア協会によってこの5年間に遺族調査によるケアの質評価の方法はほぼ確立してきた。今年度、3回目になる全国調査を行い、各施設に結果を報告する。緩和ケア病棟以外のセッティングでは、今年度から立ち上がった宮下班において、拠点病院を中心として遺族調査による質の評価が可能で在るかどうかを検討する段階になる。

3) 患者調査

患者自身が記入できるケアの質の評価票を内富班で作成途中であり、2007年度中に作成後、宮下班に引き継いで、2009年以降に実測可能性を検討する予定である

●要約

1) 緩和ケアの対象は患者であると同時に家族であること、患者自身による評価が難しいことがおおいこと（特に終末期は調査自体が患者さんの苦痛になったり意識障害で答えられなかったり苦痛が強い患者さんからの情報が得られないバイアスになる）、から、評価対象は、患者、家族、診療録など複数のソースから総合的に評価すること痾必要であると考えられる

2) どのソース・方法も、それぞれに、advantage と disadvantage があり、これだけがいいとはいえない。

3) 国際的に見てもスタンダードとなる方法は確立していないが、国内でも順次調査方法が開発されてきている。

●今後

- ・緩和ケアの評価の指標は必要である
- ・候補となるのは、Q I、遺族調査、患者調査である。それぞれについて、アドバンテージ、ディスアドバンテージがある。
- ・方法の妥当性と実施可能性について、今後3年間で研究を集約して、測定できる指標を作成する事が必要と考えている。